

Fecha:

Nº de Historia

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO QUIRÚRGICO MEDIANTE ARTROLISIS

D./Dña.

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

DNI

MÉDICO RESPONSABLE

HOSPITAL/SERVICIO

LEA CUIDADOSAMENTE LA INFORMACIÓN Y SU MÉDICO LE RESPONDERÁ A TODAS SUS PREGUNTAS. FIRME EL CONSENTIMIENTO DE LA ÚLTIMA PÁGINA.

USTED VA A SER INTERVENIDO DEL LADO

Se me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a TRATAMIENTO QUIRÚRGICO MEDIANTE ARTROLISIS.

1. El propósito principal de la intervención es recuperar una movilidad funcional suficiente de la articulación.
2. La intervención puede precisar anestesia, que será valorada por el servicio de anestesia.
3. La intervención consiste en liberar las adherencias que restringen la movilidad y modificar o alargar las estructuras óseas, tendinosas, capsulares o musculares que puedan influir en esta limitación. En ocasiones puede realizarse una manipulación bajo anestesia. Si no es suficiente, se puede proseguir con una liberación articular mediante artroscopia. Si con ésta no fuera suficiente, se requiere la apertura de la articulación y la liberación de las adherencias a cielo abierto.
4. Toda intervención quirúrgica tanto por la propia técnica operatoria, como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...) lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

5. Las complicaciones de la intervención quirúrgica para TRATAMIENTO QUIRÚRGICO MEDIANTE ARTROLISIS, pueden ser:

- Infección de las heridas operatorias o de la articulación.
- Lesión de estructuras vasculonerviosas adyacentes a la articulación.
- Fractura de estructuras óseas cercanas a la articulación durante las manipulaciones requeridas.
- Roturas de tendones o ligamentos adyacentes.
- Hematomas de zonas adyacentes.
- Distrofia simpático-refleja.
- Miositis osificantes.
- Problemas de cicatrización cutáneos, ya que al recuperar la movilidad articular, la zona cutánea que estaba contraída se ve sometida a tensión.
- Recurrencia de la rigidez que requiera nuevas intervenciones.
- Síndrome compartimental.

6. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada.

7. Toda estancia en un Centro Sanitario implica una serie de riesgos, como la infección nosocomial (infección contraída durante la estancia en el Centro Sanitario, que no se había manifestado ni estaba en periodo de incubación al momento del ingreso en dicho Centro). Estas infecciones pueden no estar directamente relacionadas con el procedimiento quirúrgico. Las más comunes son respiratorias y/o urinarias, aunque puede afectar a otros sistemas o regiones corporales.

- ✓ He recibido información clara y sencilla, oral y por escrito, acerca del procedimiento y el/la médico que me atiende me ha explicado el proceso de forma satisfactoria.
- ✓ Me ha informado de los riesgos posibles y remotos, así como los riesgos en relación con mis circunstancias personales y de otras alternativas posibles, así como de los posibles riesgos de su no realización.
- ✓ He recibido respuesta a todas mis preguntas. He comprendido todo lo anteriormente expuesto y que la decisión que tomo es libre y voluntaria, así como que puedo retirar el consentimiento cuando lo desee.

Por tanto **DOY MI CONSENTIMIENTO** a la práctica del procedimiento que se me propone:

Firma del médico informante Firma del paciente informado Firma representante legal o testigo

Nº de colegiado:

DNI:

D./Dña.: _____

DNI: _____

A causa de: _____

En _____, a _____ de _____ de 20 ____

He decidido **NO AUTORIZAR** la realización del procedimiento que se me propone:

Firma del médico informante Firma del paciente informado Firma representante legal o testigo

Nº de colegiado:

DNI:

D./Dña.: _____

DNI: _____

A causa de: _____

En _____, a _____ de _____ de 20 ____

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACION:**

Firma del médico informante Firma del paciente informado Firma representante legal o testigo

Nº de colegiado:

DNI:

D./Dña.: _____

DNI: _____

A causa de: _____

En _____, a _____ de _____ de 20 ____